

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No

191

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roland BETTENDORF

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
Né le 23 Août 1913, à Verzy (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIABÈTE SYPHILITIQUE

Président : M. LÉPER, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Roland BETTENDORF

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims
Né le 23 Août 1913, à Verzy (Marne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DIABÈTE SYPHILITIQUE

Président : M. LÉPER, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER..
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.....	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	SANNIÉ.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiâtrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAULEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*En témoignage de ma
profonde reconnaissance et
de ma vive affection.*

A MON FRÈRE, A MES SŒURS

A TOUS LES MIENS, A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPER

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très
grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND LEVY

Dermatologiste des Hôpitaux de Reims

*Qui nous a inspiré le
sujet de cette thèse et nous a
prodigué ses précieux con-
seils au cours de son éla-
boration. Témoignage de
notre vive gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

A MES MAITRES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Les rapports entre le diabète et la syphilis ont inspiré de nombreux travaux. Cette question n'est pas d'un pur intérêt doctrinal car elle conduit à des indications thérapeutiques d'une importance capitale : on pourrait espérer guérir par le traitement spécifique certains diabètes alors qu'actuellement on s'adresse plus aux symptômes qu'à la cause. Certains auteurs défendent avec énergie la nature syphilitique de nombreux diabètes. Marcel PINARD écrivait : « Dans quelques années, ce ne seront plus les observations de diabète syphilitique qu'on publiera comme des raretés mais bien les observations de diabètes non syphilitiques ». LECORCHÉ, FOURNIER, KULZ considéraient la syphilis comme un facteur étiologique important, c'est également l'opinion de SCHEMMANN, VON SCHNEE, ARNAUD, LEMONNIER, TROLLIER, VELLUOT.

MONNIER-VINARD, FERNET, RATHERY sans vouloir regarder le diabète comme relevant dans l'immense majorité des cas de la syphilis, considèrent ces cas comme non exceptionnels. Il ne peut être douteux que la syphilis en se localisant sur l'un des organes

jouant un rôle dans le métabolisme des hydrates de carbone, soit la cause de certains diabètes.

On peut faire valoir en faveur de l'étiologie syphilitique de certains diabètes de nombreux arguments d'ordre :

Anatomique,
Clinique et étiologique
Thérapeutique.

PREUVES ANATOMIQUES

La syphilis déterminerait le diabète en créant des lésions pancréatiques, hépatiques, nerveuses et des altérations des glandes vasculaires sanguines. On peut objecter que la coexistence de lésions syphilitiques avec le diabète n'est pas une preuve absolue de la nature syphilitique du diabète ; un diabétique comme un tuberculeux, comme un sujet quelconque peut contracter la syphilis : cette coexistence, si elle est fréquente, constituera pour le moins une forte présomption.

D'autre part la physiologie pathologique du diabète est encore obscure : les causes qui peuvent agir sur son éclosion sont diverses et il est bien possible que la syphilis cause le diabète sans qu'on retrouve à l'autopsie des lésions viscérales spécifiques : c'est ce que VILLARET et BLUM traduisent en disant que le diabète syphilitique peut avoir une origine générale tissulaire.

A. — LÉSIONS PANCRÉATIQUES

OBSERVATION DE STEINHAUS. — Femme de 46 ans, artério-scléreuse et diabétique, glycosurie de 70 à 80 grammes par litre ; morte à la suite d'hématémèse. A l'autopsie, on trouve un ulcère de l'estomac, très étendu en voie de cicatrisation. Le pancréas en grande partie nécrosé constitue une poche ouverte dans l'ampoule de Vater. Le reste de la glande est scléreux, constitué par du tissu fibreux, il contient des vaisseaux atteints d'artérite oblitérante. Le foie de volume normal, d'aspect ficelé, présente des lésions spécifiques sous forme de gommès dont le centre est caséifié et la périphérie en voie de transformation fibreuse.

A la glycosurie se trouvent donc associées ici des lésions anatomiques de caractère nettement syphilitique, l'ulcère de l'estomac ayant bien souvent cette même origine.

OBSERVATION DE CARNOT ET HARVIER. — Malade de 53 ans — diabétique depuis 2 ans environ : amaigrissement, acétonurie — gros foie, à bord inférieur lisse, circulation collatérale sus et sous-ombilicale ; pas d'ascite, rate normale. Signes de syphilis nerveuse évidents : reflexes tendineux abolis aux membres inférieurs, affaiblis aux membres supérieurs ; reflexe cutané abdominal, absent. Tous ces troubles nerveux pouvaient être mis sur le compte du diabète mais l'existence d'une inégalité pupillaire avec Argyll, lymphocytose rachidienne levaient tous les doutes en faveur de la syphilis ; cependant Wassermann négatif dans le sang et le liquide de la ponction lombaire. Par 24 heures : polydipsie de 6 litres, glycosurie de 300 grammes, présence d'acétone.

Pendant 6 mois, incontinence des matières, due, ainsi que l'autopsie l'a montré, à une poliomyélite antérieure syphilitique.

Rien dans les antécédents ne dévoilait la syphilis ; à 32 ans, naissance à terme d'une fille bien portante, pas d'autres grossesses, jamais de fausse couche ; à 43 ans, elle aurait eu des rhumatismes.

La malade est soumise au traitement anti-diabétique et anti-spécifique ; elle reçoit 3 injections intraveineuses de 15 centigrammes de 914 ; le soir de la troisième injection la température atteint 37°. Dyspnée légère et râles sous-crépittants à la base gauche.

Mort deux jours plus tard.

A l'autopsie, lobe inférieur du poumon gauche hépatisé, foyers de broncho-pneumonie de couleur grisâtre en voie de suppuration ; ni athérome artériel, ni lésion aortique. Foie de 3 kilogrammes, résistant à la coupe, d'aspect cirrhotique, à petites granulations ; inflammation chronique du petit épiploon, rate normale mais périsplénite ; pancréas noyé dans une masse de tissu fibreux dur, dans lequel il est impossible de l'individualiser macroscopiquement. Ce tissu examiné histologiquement montre des vaisseaux atteints de périartérite et même d'endartérite oblitérante ; une coupe met en évidence une gomme syphilitique. Au niveau de la moelle sacrée : existence d'une polyomyélite d'origine syphilitique.

L'origine du diabète paraît ici évidente.

WARTHIN et WILSON sur six autopsies de diabétiques (dont aucun n'avait été considéré comme syphilitique pendant la vie) trouvent deux fois des lésions syphilitiques viscérales ; dans les quatre autres cas, le spirochète dans le myocarde. Dans

39 cas de syphilis latente, ils trouvent 39 fois le pancréas lésé, d'où pour eux la fréquence des lésions pancréatiques dans la syphilis.

CHARNAUX décrit une pancréatite syphilitique chez les diabétiques. GILBERT et LEREBoullet ont étudié les cirrhoses syphilitiques du pancréas avec diabète consécutif. BIRSCH, HIRSCHFELD, SCHLESINGER, FAROY chez l'enfant hérédo-syphilitique notent la fréquence des lésions pancréatiques.

B. — LÉSIONS HÉPATIQUES

Le foie joue aussi un rôle primordial dans la glyco-génèse et certains diabètes peuvent être liés à des lésions hépatiques syphilitiques.

OBSERVATION DE LEHNATZ. — Homme de 37 ans. Syphilitique depuis dix-huit ans, n'avait jamais présenté d'accidents secondaires malgré l'irrégularité d'un traitement spécifique. Sa femme fait trois fausses couches avant la naissance de trois enfants venus à terme sans manifestation de syphilis héréditaire. Le malade avoue des excès alcooliques. La polydipsie, la polyurie sont manifestes, glycosurie de 40 grammes par litre. Le malade est obèse ; le foie et la rate sont hypertrophiés, il existe un peu d'ascite. Après deux semaines de traitement par frictions mercurielles, associées à l'iodure, disparition de l'ascite ; au bout d'un mois et demi, le foie et la rate sont redevenus normaux, la glycosurie a disparu. En admettant même que l'éthylisme ait pu favoriser l'éclosion des accidents, l'heureux résultat du traitement spécifique n'en reste pas moins évident.

OBSERVATION DE LEMONNIER. — Fillette de 7 ans, très amaigrie, mauvais état général, polyurique, glycosurique.

Foie débordant de plus de deux travers de doigt, rate normale, reflexes rotuliens normaux.

Le père était syphilitique, ne s'était pas soigné et s'était marié moins de trois ans après le chancre. La mère avait fait, avant la naissance de cette fillette, deux avortements de deux mois et un accouchement prématuré d'un enfant mort-né. La fillette qui fait l'objet de cette observation est née à terme ; trois semaines après sa naissance apparurent des syphilides papulo-érosives aux commissures des lèvres. Douze jours de traitement, par des frictions mercurielles font disparaître ces accidents. La première année, la malade reçoit six séries de vingt frictions mercurielles ; la deuxième année, le traitement est moins régulier ; par la suite aucun traitement n'est institué.

Convaincu que les accidents présentés par l'enfant tiennent à l'hérédosyphilis, LEMONNIER ordonne un traitement mercuriel et ioduré ; en même temps, il fait suivre un régime anti-diabétique. Au bout de quatre mois, le foie était redevenu normal, la polyurie, l'état général s'était amélioré. Deux ans après, la guérison s'était maintenue, la glycosurie n'avait pas reparu.

TESCHENMACHER, MALHERBE, QUEYRAT ont obtenu des résultats identiques. Marcel LABBÉ distingue ces faits du diabète véritable ; il admet qu'il s'agit d'une forme spéciale de diabète hépatique d'origine hérédosyphilitique. RATHERY ne pense pas qu'on puisse différencier ces cas du diabète vrai. Que ce soit

le foie, le pancréas ou tout autre organe en jeu, il s'agit toujours de diabète et ce ne sont ni l'absence des signes habituels du diabète, ni le degré plus ou moins léger de la glycosurie qui permettent de refuser l'étiquette de diabète à des cas semblables. Il semble donc bien que des faits indubitables de lésions hépatiques aient été signalés en même temps que le diabète chez certains syphilitiques.

C. — LÉSIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Depuis les expériences de Claude BERNARD reproduisant le diabète par piqûre du 4^e ventricule, l'attention a été attirée sur le rapport possible entre le diabète et certaines lésions nerveuses ; rapport qui peut être envisagé dans le cas de diabète sucré ou de diabète insipide.

1^o DIABÈTE SUCRÉ.

OBSERVATION DE LEUDET. — F... femme de 32 ans, ne présente pas d'accident primitif — ostéite nasale, affaissement des os propres du nez. Au 5^e mois d'une grossesse, paralysie des III^e et IV^e paires des nerfs craniens gauches. Pendant 24 heures, délire, hébétude. Quelque temps après, apparition de diabète. On ordonne 0,60 cgr. de calomel, des sangsues ; le lendemain l'état est meilleur. Pendant trois semaines, elle prend de l'iodure, l'état est amélioré, la glycosurie a disparu. Un mois plus tard, apparaît une diminu-

tion de l'acuité visuelle en même temps que de vives douleurs aux tempes et au front. La malade reprend de l'iodure, puis elle quitte l'hôpital. Pendant plusieurs années, elle est perdue de vue. Elle revient en proie à une adynamie extrême ; tout le côté droit de la face est insensible. La langue est déviée à gauche, pas de paralysie aux membres supérieurs et inférieurs, mais des vomissements, de la diarrhée, de la polydipsie, pas de glycosurie. Mort. — A l'autopsie, méningite chronique de la base avec atrophie des II^e et IV^e paires gauches ; au niveau du quatrième ventricule le plexus choroïdien adhère au bord gauche du calamus scriptorius ; la substance nerveuse est le siège d'un ramollissement localisé. Signes de phtisie ancienne.

On trouve donc ici des lésions étendues du système nerveux.

2^o DIABÈTE INSIPIDE :

WEISSENBACH et GILBERT-DREYFUS ont rapporté une observation constituant une excellente illustration du syndrome infundibulo-tubérien.

En 1907, M^{me} Le Bell., alors âgée de vingt ans, est reconnue syphilitique à l'occasion d'une roséole. Elle ne se fait pas traiter, et, pendant huit ans, une céphalée rebelle constitue la seule manifestation de cette syphilis négligée.

En 1915, s'installent une ménopause brusque et définitive, et quelques mois plus tard, une paralysie de la VI^e paire à droite. Elle entre alors à l'hôpital, et, subitement, en une nuit se constitue une hémiplegie droite ; en même temps, le taux de la diurèse passe sans transition de 1 à 10/14 litres par jour. L'hémiplegie rétrocede, mais la polyurie persiste intégralement, en dépit d'un traitement novarsenical ins-

titué huit ans après la contamination sur la constatation d'une réaction de Wassermann positive dans le sang.

En 1923, survient une kératite interstitielle, puis progressivement se développent une adiposité et une augmentation du poids qui atteint 65, 70 puis 80 kilogrammes.

Hospitalisée en mai 1931 dans notre service à l'hôpital Broca, M^{me} Le Bell... présente un *diabète insipide* typique. La diurèse atteint 7 litres par vingt-quatre heures et offre tous les caractères classiques de la polyurie dite essentielle. L'injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'extrait post-hypophysaire ramène la diurèse à 3 litres ; avec 2 centimètres cubes, elle s'abaisse à 2 litres ; selon le nombre et l'horaire des injections, on fait varier à loisir le taux et la prédominance diurne ou nocturne des urines. La suppression du traitement entraîna une reprise immédiate de la polyurie, une soif vive et des signes nets de déshydratation.

A ce diabète insipide s'associe un *syndrome adiposo-génital* avec infiltration grasseuse à prédominance abdominale, déglabration des aisselles, raréfaction des sourcils et des poils pubiens, atrophie de l'utérus. Dans les urines quotidiennement examinées, nous avons pu, une vingtaine de fois, identifier des traces de sucre atteignant au maximum 1 ou 2 grammes par 24 heures. Une épreuve d'hyperglycémie au glucose, pratiquée dans le service du professeur Marcel LABBÉ a permis de rattacher cette glycosurie intermittente à un trouble indéniable de la *glyco-régulation* :

Glycémie à jeun	0 gr. 81
Glycémie 45 m. après ingestion de 50 gr. de glucose anhydre..	0 gr. 87
Glycémie 1 h. après ingestion de 50 gr. de glucose anhydre, .,	1 gr. 47
Glycémie 1 h. 30 après ingestion de 50 gr. de glucose anhydre.	1 gr. 03
Glycémie 2 h. 15 après ingestion de 50 gr. de glucose anhydre.	0 gr. 97
Glycémie 3 h. 15 après ingestion de 50 gr. de glucose anhydre.	0 gr. 78
Flèche hyperglycémique : 0,66. Durée de la réaction : 3 h. 30.	

Aire 1 cg. 15

Complétant la syndromie infundibulo-tubérienne, on

notait une curieuse anomalie de la *thermo-régulation* ; fièvre présentant un type inverse à maximum matinal, l'aspect de la courbe thermique demeurant immuable quel que soit l'horaire des injections de rétro-pituitine.

Enfin, signant la nature *syphilitique* des accidents, existaient : à droite une paralysie complète du moteur oculaire externe et une kératite interstitielle, à gauche un signe d'Argyll-Robertson, et dans le liquide céphalo-rachidien (où les réactions de Wassermann et de Hecht étaient négatives) 1 gramme pour 1.000 d'albumine.

Cependant l'échec du traitement arsénico-bismuthique fut absolu.

Dans l'observation de MAY, LHERMITTE, KAPLAN on voit s'installer successivement chez un syphilitique, 36 ans après le chancre, un hémisyndrome cérébelleux avec signe d'Argyll et Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, puis un œdème important des membres inférieurs et du scrotum, enfin une soif insatiable et une polyurie de 5/8 litres avec glycosurie à 200 grammes par 24 heures. La glycémie atteignait 3 grammes ; il existait un trouble très particulier du métabolisme des chlorures. La chlorurémie était élevée (7 gr. 60 ^o/₁₀₀) malgré une chlorurie normale (10 grammes par 24 heures) et resta au-dessus de la normale, même après qu'une débâcle hydrochlorurée eût amené la fonte des œdèmes. En somme, coexistence paradoxale d'œdèmes et de polyurie, imputable à un trouble associé des métabolismes des chlorures et de l'eau.

Dans de nombreuses observations à côté des signes qui traduisent l'altération de l'infundibulum et des centres tubériens, s'ajoutent des manifestations, extrêmement variables d'un cas à l'autre qui permettent de les rattacher à l'infection syphilitique : paralysie oculaire (MENDEL, Marcel LABBÉ : 3^e paire ; WEISSENBAACH, GILBERT-DREYFUS, et BRISSET : 6^e paire), inégalité pupillaire (BABONNEIX, HUTINEL, AZÉRAD, FOIX, ALAJOUANINE) avec signe d'Argyll-Robertson uni ou bilatéral (BABONNEIX, RICALDONI, FRANÇOIS et MAGNOL, WEISSENBAACH) ; la signature de la piémèrite syphilitique peut être fournie par la ponction lombaire : lymphocytose rachidienne (LHERMITTE, BABONNEIX), réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien (GILBERT, FRANÇOIS, MAUDROUX, LEBON, LAUBEYRE et BECMEND).

PREUVES CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

Elles seront données par la fréquence des manifestations syphilitiques chez les diabétiques, la recherche des antécédents syphilitiques, les statistiques.

COEXISTENCE DU DIABÈTE ET DE LA SYPHILIS

A LA PÉRIODE PRIMAIRE :

Les cas sont relativement rares.

VILLARET et P. BLUM ont rapporté à la société médicale des Hôpitaux de Paris une observation qui concerne un malade sans passé pathologique et chez lequel le diabète est apparu au cours d'une syphilis au début et à une période où le chancre n'était pas encore cicatrisé.

Le diabète a débuté par de la polydipsie, qui est survenue une douzaine de jours après l'apparition du chancre et qui est devenue ensuite très vive. Ensuite se sont montrées la polyphagie et la polyurie. Au moment où le malade avait été consulter dans

un hôpital pour l'ulcération qu'il portait à la verge, on avait fait une analyse d'urines qui n'avait pas révélé traces de sucre ni d'albumine. Quand on commença à traiter le sujet, elles contenaient une grosse quantité de sucre (plus de 400 grammes par 24 heures) et d'acétone (1,3).

Quatre piqûres de cyanure de mercure suffirent pour amener la cicatrisation définitive du chancre. En même temps ce traitement fit cesser la polydipsie et diminuer la polyurie. Le sucre diminua ensuite dans l'urine, au bout de quelques jours (340 grammes).

PÉRIODE SECONDAIRE :

Les cas signalés sont très rares. Néanmoins JULIEN, FOURNIER, GAUCHER considèrent que le diabète véritable peut être observé à cette période et sur dix malades atteints de syphilis secondaire, PARIS et DOBROVICI ont constaté quatre fois de la glycosurie alimentaire. Pour expliquer ces faits, les auteurs envisagent l'hypothèse d'une origine générale tissulaire, le diabète dans ces cas ne pouvant être expliqué par un processus scléreux, gommeux ou scléro-gommeux portant sur le foie, le pancréas, l'hypophyse ou sur les centres nerveux — comme dans la syphilis tertiaire où les cas sont nombreux.

PÉRIODE TERTIAIRE :

Marcel PINARD et MENDEHLSON relatent une observation de diabétique qui ne présente aucun stigmate de syphilis mais dont le père est mort de paralysie générale. On fait une cure arsenicale à hautes doses. La glycosurie disparaît dans la suite, et le malade se trouve amélioré. Le Docteur CANTALOUBE de Nîmes cite quelques courtes observations.

OBS. I. — Gui..., homme, 54 ans, élimine depuis cinq ans au moins, jusqu'à 70 grammes de sucre quotidiens. Grand et gros, il mène une vie très active et très joyeuse. De loin en loin, névralgies faciales nocturnes, pour lesquelles il se fait enlever successivement toutes les dents. Un panaris survient, étendu, qui ne le fait presque pas souffrir. Il meurt en quelques jours d'une affection fébrile, non déterminée. Ses deux enfants ont respectivement à ce moment, 20 et 15 ans. L'aînée, est une jeune fille au teint blafard, aux traits douloureux. Le garçon, a eu vers l'âge de 10 ans, de rares et courtes absences, dont la nature comitiale se confirma plus tard, par l'apparition de crises totales survenant plusieurs fois par semaine.

OBS. II. — Du..., 61 ans, homme, se plaint depuis deux ans de troubles de la série diabétique. Des analyses répétées montrent une dose de glucose variant de 20 à 80 grammes. Il porte au pied droit depuis plusieurs années, un mal perforant classique. Il meurt d'une gangrène humide de la jambe droite, avec une abondante réaction de Legal. Deux filles de 36 et 31 ans. L'une a du strabisme, l'autre est « originale ».

OBS. III. — Sa..., 60 ans, femme ; glycosurie modérée : de 10 à 50 grammes. Les premiers troubles qui aient fait songer au diabète remontent à trois ans. Elle meurt pendant la guerre. Deux fils : l'un strabique, l'autre obèse.

OBS. IV. — Ar..., homme, 55 ans. Diabète découvert par hasard, et comme pour les précédents n'entravant pas l'activité du malade. Quatre enfants : l'aîné sans tares apparentes, se marie et sa femme fait une grossesse gémellaire. Le second a du strabisme. Le troisième est un débile mental. Le quatrième, une fille, est de santé délicate.

OBS. V. — Du..., femme, 78 ans. Diabète évoluant depuis la ménopause. 10 à 60 grammes de sucre. Cinq fausses couches ou morts-nés, ou morts en bas-âge. Cinq survivants dont trois « mentaux », un glycosurique obsédé et un asthmatique migraineux.

OBS. VI. — Em..., homme, 58 ans. Diabète modéré depuis une dizaine d'années environ. Meurt d'un ictus. Quatre enfants. Deux paraissent exempts de toute tare. Un obèse neurasthénique. Un autre tiqueur.

Ces observations prêtent beaucoup au soupçon, certitude pour la seconde si l'on admet avec M. SIRCARD et d'autres que le mal perforant des diabétiques est une signature de syphilis. Pour les cinq autres on est frappé de trouver dans la descendance trois fois du strabisme, six fois des troubles mentaux, deux fois l'obésité, une fois l'épilepsie et une fois des tics. Sans coller l'étiquette de syphilis acquise ou héréditaire sur tout obèse, strabique, tiqueur, épileptique,

il est cependant évident que les familles de ces six diabétiques ont été lourdement touchées.

MOURIQUAND et BOURRET relatent l'observation d'une dame de 51 ans atteinte de diabète et présentant des antécédents très chargés au point de vue syphilis : son père et son mari sont l'un et l'autre syphilitiques, et tabétiques, elle a eu trois enfants et huit fausses couches ; elle ne présente cependant aucun signe net d'hérédosyphilis. D'autre part, son diabète s'accompagne de mal de Bright, avec albuminurie, œdèmes, hypertension, complications fréquentes chez les diabétiques syphilitiques.

Ces faits attirent l'attention sur l'importance de la recherche chez tout diabétique des signes cachés de syphilis, des antécédents héréditaires et collatéraux.

RECHERCHE DES SIGNES DE SYPHILIS CHEZ LES DIABÉTIQUES

Le médecin rencontre tous les jours la syphilis, la plus fréquente des maladies chroniques, et cependant bien souvent elle lui échappe. Il la méconnaît car il croit que c'est une maladie visible alors que les formes cachées sont beaucoup plus fréquentes. Il faut, pour la découvrir, y songer chez tout individu atteint d'affections subaiguës ou chroniques : aortites, méningites, néphrites, et dans le cas présent, le diabète.

Il s'agira bien souvent de manifestations à distance : cas de STAUB, de NAUME : chancre ayant précédé de 14 à 20 ans l'apparition du diabète insipide ; ailleurs le diagnostic repose sur la constatation d'une syphilis cutanée osseuse, vasculaire, nerveuse : gomme de la jambe (MARANON), tabès et aortite (LHERMITTE, BABONNEIX), kératite (M. LABBÉ), hémiplegie (GILBERT, VILLARET et SAINT-GIROIX), kératite et séquelles d'hémiplegie (WEISSENBAACH, GILBERT, DREYFUS et BRISSET), troubles psychiques et rhinite ulcéreuse tertiaire (LEREBOULLET).

Le diabète insipide syphilitique est souvent tardif, pouvant apparaître 15 ans, 30 ans après le chancre.

Il s'associe communément à des lésions spécifiques : tabès incipiens, troubles oculaires (amblyopie, paralysies, hémianopsie) tenant à des altérations nerveuses coexistantes, à des compressions de voisinage.

JEANSELME cite une OBSERVATION.

Un homme de 31 ans atteint de diabète insipide d'origine syphilitique. Cet homme se plaignait depuis huit mois d'une fatigue non justifiée, avec amaigrissement et fléchissement de sa puissance génitale. En quelques jours, se constitua, chez lui, un syndrome de diabète insipide, avec une élimination de 14 à 15 litres d'urine par jour, urine presque incolore, très peu dense (1004), légèrement alcaline, sans trouble de l'excrétion uréique (32 grammes d'urée) ni phosphatée (2 gr. 46 de phosphates par 24 heures). Donc, pas de diabète azoturique ni de diabète phosphaturique. Pas de sucre urinaire, pas de rétention de l'urée du sang. Aucune modification du côté des yeux : rien au champ visuel ni aux

pupilles ; pas de signes d'Argyll, ni d'hémianopsie. La radiographie donna une image normale de la selle turcique. On sait que souvent, lorsque la glande pituitaire est touchée, hypertrophiée, il y a des altérations de la selle turcique.

Chez ce malade, quelle était l'étiologie ? Il n'y avait eu aucun trauma, aucun choc moral non plus. Mais le sujet buvait et était alcoolique. Outre cela, il était syphilitique et ce point offrait plus d'importance. Dix ans auparavant, il avait eu un chancre suivi de plaques muqueuses. Restée sans traitement, sa syphilis ne s'était manifestée par aucun accident apparent jusqu'au moment où éclata le diabète insipide. Wassermann positif (il en est fréquemment ainsi en pareil cas). Traitement mixte, arsenical et hydrargyrique ; pas de résultat net ; nous y associâmes l'opothérapie, à raison d'une injection par jour d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. En 14 jours, la diurèse tomba de 14 litres à 8 litres. Le malade fut alors perdu de vue. Nous n'avons pu faire, comme nous nous le propositions, une ponction lombaire pour rechercher la lymphocytose, le Wassermann, et aussi dans un but thérapeutique car, dans un certain nombre de cas, la rachicentèse a diminué la polyurie.

Autre OBSERVATION, de M. LHERMITTE.

Elle concerne un homme de 65 ans, entré à l'hôpital pour des accidents d'aortite chronique (accès de suffocation avec expectoration mousseuse et sanguinolente). A l'heure actuelle, nous considérons la syphilis comme la cause la plus fréquente de l'aortite chronique. M. LHERMITTE dépista, d'ailleurs, en plus, un tabès incipiens et trouva un Wassermann franchement positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, avec forte lymphocytose de ce dernier. Ces raisons multiples démontraient que le malade était un syphilitique. Or, cet homme était en même temps polyurique. Il urinait une moyenne de 4 litres d'urine par jour.

L'élimination de l'urée était un peu faible (12 grammes) mais le régime (lacto-végétarien) suivi par le patient l'ex-pliquait. Pas de rétention azotée (0 gr. 34 d'urée sanguine). Le malade ayant succombé à son aortite, l'autopsie montra des lésions dont les principales sont les suivantes.

A l'autopsie de tels sujets, on trouve des altérations localisées à la région basilaire de l'encéphale. Tantôt, c'est un processus de méningite étalée (cas de LHERMITTE), tantôt des lésions en foyers, des gommès. Le malade de M. LHERMITTE offrait un exemple net de méningite basilaire spécifique.

Toutefois les cas où le diabète hydrémique syphilitique est isolé ne sont pas rares et il faut en pareil cas toujours penser à la spécificité.

RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET COLLATÉRAUX

Héréditaire, la syphilis est encore plus souvent ignorée que la syphilis acquise et pour les mêmes raisons.

Le rôle de l'hérédité est immense, mais l'hérédité n'est pas une cause agissante¹; le spirochètc de Schaudin en est une très fréquente. Il existe en très grand nombre des affections héréditaires, en pratique il n'existerait qu'une seule maladie héréditaire comme le dit LEREDDE.

La syphilis héréditaire est souvent ignorée chez le

nourrisson, à l'âge où le médecin peut tout pour la guérir et en prévenir les terribles conséquences, où elle n'a produit aucune lésion définitive, où elle n'a pas entravé le développement physique, ralenti ou dévié le développement intellectuel.

A côté des signes probants de syphilis : Argyll-Robertson, névrite optique, cicatrices cutanées spéciales, dystrophies osseuses, réaction de Wassermann, accidents de la grossesse, on aura intérêt à rechercher chez le diabétique les affections familiales nombreuses et bien souvent d'origine syphilitique : la paralysie générale familiale, l'hydrocéphalie, l'idiotie, la méningite, la syphilis cérébrale, le syndrome de Friedreich, le tabès, la neurofibromatose, le syndrome hépatique de Wilson, l'ulcère gastrique ou duodénal, le myxœdème, le syndrome de Basedow, la maladie osseuse de Paget, les exostoses ostéogéniques, l'hémoglobinurie paroxystique essentielle, etc., etc.

OBS. I. — L..., 47 ans : diabétique depuis 10 ans environ, la glycosurie a atteint 70 grammes.

Dans les antécédents héréditaires ; père mort à 60 ans de diabète et hémorragies cérébrales ; mère bien portante : a eu trois enfants dont l'un est mort-né, le second décédé à six mois de méningite, le troisième est le malade dont il s'agit.

OBS. II. — D..., femme de 46 ans, atteinte de diabétides vulvaires. Son père est mort à 56 ans de gangrène diabétique, la mère à 69 ans d'angine de poitrine. Sur quatre grossesses, elle a fait une fausse couche, a eu un enfant

mort-né, un autre est mort de diabète et d'angine de poitrine ; seule la personne qui fait l'objet de cette observation est vivante. Depuis trois mois environ elle présente un léger angor, de la glycosurie intermittente qui a atteint 60 grammes. Actuellement : eczéma vulvaire, pas de sucre sanguin à 1 gr. 60.

De nombreuses statistiques ont été établies : PINARD avec VELLUOT a communiqué les résultats observés sur 1.000 malades de ville : 23 diabétiques, 10 anciens syphilitiques acquis, 5 syphilitiques héréditaires. Postérieurement l'un des malades avait caché une syphilis ancienne ; PINARD trouvait donc 16 syphilitiques sur 23 diabétiques et concluait que 68 % des diabétiques sont d'anciens syphilitiques acquis ou héréditaires. MOUCHE de Vichy donne le chiffre de 62 %.

PREUVES THÉRAPEUTIQUES

Pour affirmer la nature syphilitique d'un diabète, l'influence du traitement est importante mais cette action doit être évidente.

NATURE DE L'ACTION DES MÉDICAMENTS

Tout d'abord le médicament employé, Mercure, Bismuth ou Arsenic peut-il avoir à lui seul une action sur le diabète en dehors de ses propriétés spécifiques ? Bory se demande si le Bi n'est pas seulement un anti-syphilitique puissant mais encore un médicament hépatique remarquable ! Ne pouvait-on pas penser de lui ce que nous suggère également l'action du mercure et de l'Arsenic sur la glande hépatique, à savoir que c'est au redressement du fonctionnement de celle-ci, à son exaltation peut-être, qu'ils doivent essentiellement leur pouvoir, dit bien à tort « spécifique ». — PORTER relatant les résultats d'un praticien de Bombay ayant traité plus de 500 cas de diabète par des injections intra-veineuses de Salvarsan sans aucune rechute et rapportant lui-même quelques observations de dia-

bétiques graves, traités avec succès par le novarsenobenzol, met en doute dans certains cas la nature syphilitique du diabète et admet une action propre de l'arsenobenzol sur le diabète.

ACHARD, BINET, COURNAUD, étudiant les variations du sucre sanguin à la suite de l'injection intraveineuse de novarsenobenzol ont noté chez le sujet normal une élévation de l'hyperglycémie et chez le diabétique une diminution très nette de celle-ci. On pourrait donc conclure de ces faits à une action propre du composé arsenical sur le diabète. Cependant RATHERY fait remarquer qu'il n'a jamais pu guérir le diabète par des injections de novarsenobenzol en dehors des cas de syphilis concomittante.

Une simple baisse de glycosurie n'a pas de valeur démonstrative. On retrouve trop souvent de pareils cas, chez les diabétiques non traités ; de plus la guérison de la glycosurie n'a de valeur qu'à la seule condition que le traitement diététique ne soit pas intervenu.

CAUSES DE VARIATIONS DANS LES RÉSULTATS

L'échec du traitement anti-syphilitique dans certains diabètes peut être imputable au fait que dans certains cas la syphilis peut déterminer des lésions sur lesquelles le traitement n'a plus de prise. L'altération du parenchyme peut être complète à ce point que les éléments nobles ont disparu ou sont remplacés

par du tissu scléreux. On ne peut alors attendre d'un traitement quelque actif qu'il puisse être, de régénérer un tissu complètement détruit. Dans ce cas la preuve certaine de la nature syphilitique du diabète ne peut être donnée. Chez un malade de RATHERY, syphilitique avéré et tout jeune et qui présentait un diabète consomptif grave avec forte acidose, le traitement anti-syphilitique a été sans effet sur le diabète alors qu'il paraissait améliorer le B.-W. La médication par le novarsenobenzol avait été très intense cependant chez ce même malade, l'insuline a produit d'excellents résultats. On peut évidemment, dans un cas semblable, admettre que syphilis et diabète sont indépendants, ou que les lésions causant le diabète, tout en étant syphilitiques, sont trop intenses pour être influencées par la médication anti-syphilitique.

CONDITIONS POUR OBTENIR DE BONS RÉSULTATS

Pour se mettre à l'abri de toute erreur comme le conseille RATHERY, on recherche chez le sujet le coefficient d'assimilation hydrocarbonée, on le mettra pendant un laps de temps suffisamment prolongé à un régime fixe ne comprenant pas d'hydrates de carbone. Ceci fait, le régime restant identique, on commencera le traitement anti-syphilitique. Si à la suite de ce traitement, on constate que le coefficient d'assimilation s'élève d'une façon très notable, on pourra en inférer que le diabète est bien d'origine

syphilitique. Cette augmentation du coefficient peut être telle que le sujet qui ne pouvait supporter que quelques grammes d'hydrates de carbone arrive à en tolérer des quantités assez importantes, pour revenir à une ration normale. On recherche aussi les modifications de la glycémie sanguine. On pourra également pratiquer chez le sujet l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée, conseillée par GILBERT et BAUDOIN, ACHARD, RIBOT, BINET et ROUILLARD. La technique précédente n'est valable qu'en ce qui concerne le seul diabète simple ; en cas de diabète consomptif, on ne peut mettre le malade au régime absolu, mais on peut le laisser à un régime fixe renfermant une quantité déterminée de graisses, viande, hydrate de carbone ; puis vérifier l'influence du traitement spécifique sur la glycosurie, l'excrétion d'acétone, d'acide diacétique et d'acide oxybutyrique.

VALEUR DES RÉSULTATS

PINARD rapporte l'observation d'un diabétique soigné depuis longtemps et chez lequel le traitement antisiphilitique amena une véritable résurrection : disparition du sucre à 53 grammes, de l'acétone à 0,54, de l'hyperglycémie à 3 gr. 44. La perte des reflexes, la notion de syphilis héréditaire, 0,50 d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, avaient permis de rattacher le diabète de ce malade et ses complications à une hérédo-syphilis que les séries de

914 jugulèrent rapidement. La guérison s'est maintenue.

RATHERY a publié plusieurs observations. Il cite le cas d'un diabétique atteint de xanthome ancien syphilitique avec réaction de Wassermann positive. Sous l'influence du traitement anti-syphilitique le malade qui avec un régime strict présentait 2 gr. 50 de sucre en 24 heures arrivait à supporter sans avoir de glycosurie 140 grammes d'hydrates de carbone, en même temps que le xanthome disparaissait et que le B.-W. devenait négatif.

Un autre sujet, P. présente du diabète, des syphilides tertiaires du front et une réaction de Bordet-Wassermann positive ; sous l'influence du traitement on voit d'abord disparaître les syphilides cutanées et la tolérance hydrocarbonée s'élève notablement (102 grammes d'hydrates de carbone en plus) ; la réaction sérologique cependant reste positive, ce qui n'infirmé en rien le diagnostic.

Une autre malade, atteinte de diabète et de gomme cutanée avec une réaction de Wassermann négative, présente avant tout traitement une tolérance de 80 grammes d'hydrates de carbone. Sous l'influence du traitement, les gommés cutanées disparaissent et la tolérance s'élève à 300 grammes d'hydrates de carbone.

Plus probante encore est l'observation suivante de RATHERY où les conditions d'expérience avaient été réalisées assez rigoureusement pour qu'on puisse

admettre sans conteste le rôle curateur du traitement spécifique.

OBS. — X..., âgé de seize ans, vient consulter l'un de nous, vers le milieu d'octobre dernier, pour des troubles d'ordre général d'apparition récente. Depuis le début d'octobre, il se plaint de maux de tête, d'inappétence, d'asthénie générale intense et d'amaigrissement progressif ; de plus, il éprouve une soif très vive, l'obligeant à se relever la nuit pour boire de l'eau. Lorsque nous examinons ce malade, nous constatons des signes de déchéance générale marquée : pâleur extrême, répugnance à tout effort physique et amaigrissement très notable. Aucun signe pulmonaire, le cœur est normal, la tension artérielle, 13, 5-3 ; l'examen des urines montre des traces légères d'albumine et une réduction très nette à la liqueur de Fehling. L'aspect du sujet correspond tout à fait à celui du diabète consomptif avec amaigrissement marqué, l'asthénie intense ; cependant, il n'existe aucune réaction de Gerhardt. L'analyse des urines donne les résultats suivants :

Volume, 2.225.

Albumine, traces indosables.

Sucre, 7,50 par litre.

Pas de réaction de Gerhardt.

Le jeune malade est mis au régime anti-diabétique : suppression absolue des hydrates de carbone, eau de Vichy, sels de chaux.

Après huit jours de ce traitement, l'état général ne s'améliore pas ; la fatigue est toujours extrême, le sucre persiste dans les urines (8 gr. 40 par litre), la polyurie est de plus de 2 litres par vingt-quatre heures.

Le 14 novembre, même état : glycosurie de 6 gr. 60 par litre, l'amaigrissement augmente.

Le 18 novembre, le malade se plaint d'une douleur violente de l'œil droit ; on constate tous les signes de l'iritis : pupilles troubles, irrégulières ; injection péri-kératique, photophobie, douleurs péri-orbitaires. Le diagnostic est confirmé par le Dr MORAX, qui prescrit des instillations de sulfate d'atropine et demande qu'un examen sérologique soit effectué ; il conseille, sans attendre ce dernier et quel qu'en soit le résultat, de commencer d'urgence un traitement par injections intraveineuses, de cyanure d'hydrargyre.

Le 24 novembre, la prise de sang est pratiquée, et le malade, le jour même, reçoit une injection intraveineuse de cyanure d'hydrargyre (moins de 1 centigramme). Elle est très mal supportée : douleurs abdominales violentes, diarrhée ; ténésme rectal. La réaction de Wassermann a donné, sur ces entrefaites, un résultat totalement négatif : la réaction de Hecht est également négative. Ajoutons que le malade ne présente actuellement aucune manifestation d'hérédosyphilis : aucun stigmate dentaire, aucune malformation.

Après une enquête très approfondie, nous finissons cependant, malgré des dénégations antérieures, par connaître les faits suivants : le père est syphilitique ; la mère, pendant la grossesse, a suivi un traitement spécifique pendant toute la durée de la gravidité ; l'enfant a présenté, à sa naissance, sur le corps, autour de l'anus, aux paumes des mains et à la plante des pieds, des manifestations cutanées fort nettes ; il a été lui-même traité pendant un an avec de la liqueur de Van SWIETEN. Depuis ce temps, il n'a plus eu aucune manifestation, s'est développé normalement, et, pendant toute son enfance et son adolescence, sa santé a été parfaite.

Nous voyons tous deux ce malade, à ce moment : le diagnostic de diabète d'une part, de syphilis d'autre part ne fait aucun doute. Nous nous mettons d'accord sur les deux points suivants :

1° Le malade va être mis à un régime strict et on va

chercher à établir son coefficient d'assimilation hydrocarbonée comme nous le faisons d'habitude : après cessation de la glycosurie, on va réalimenter par périodes de cinq jours avec des doses progressivement croissantes de féculents (100 grammes de pomme de terre) jusqu'à réapparition de la glycosurie ;

2^o Comme il est indispensable d'agir vite, d'après la recommandation du Dr MORAX on va immédiatement procéder à des injections intraveineuses de sulfarsénol à petites doses.

Voici les résultats de la cure :

27 novembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 06 de sulfarsénol très bien supportée. Régime strict. Sucre existe encore.

30 novembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 12 de sulfarsénol. Régime strict. Pas de sucre urinaire.

4 décembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 18 de sulfarsénol. 100 grammes de pommes de terre. Pas de sucre urinaire.

8 décembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 24 de sulfarsénol. 200 grammes de pommes de terre. Pas de sucre urinaire. L'iritis est presque complètement guéri.

13 décembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 30 de sulfarsénol. 300 grammes de pommes de terre. Pas de sucre urinaire.

20 décembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 36 de sulfarsénol. 400 grammes de pommes de terre. Pas de sucre urinaire. L'iritis est complètement guéri.

29 décembre. Injection intraveineuse de 0 gr. 42 de sulfarsénol. 500 grammes de pommes de terre. Pas de sucre dans les urines.

4 janvier. Injection intraveineuse de 0 gr. 48 de sulfarsénol. Le malade n'a plus suivi de régime et a mangé de tout. Pas de sucre dans les urines.

A ce moment, l'état général est excellent, il n'y a plus

d'asthénie, le malade a augmenté de 2 kg. 350, il a repris ses occupations sans aucune difficulté.

27 janvier. L'examen des urines pratiqué tous les huit jours n'a plus décelé de sucre ; le malade a cessé tout régime ; l'état général est excellent ; la courbe de poids reste ascensionnelle.

Le malade devait faire examiner ses urines chaque semaine et revenir nous voir à la moindre apparition de sucre ; il devait d'autre part refaire en mars un nouveau traitement. Nous avons eu des nouvelles de ce malade, il continue à être en excellente santé.

EN RÉSUMÉ

Un jeune homme de seize ans, syphilitique héréditaire est atteint d'un diabète à forme subaiguë ; il existe, en plus d'une glycosurie légère, des symptômes généraux graves ; asthénie, amaigrissement ; on ne constate pas d'acide diacétique dans les urines (réaction de Gerhardts négative). Enfin on note de l'iritis spécifique, bien que la réaction de Wassermann soit *négative*. Le régime strict sans H. de C. n'amène aucune sédation, ni de la glycosurie, ni des autres symptômes. Le *traitement par le sulfarsénol détermine à la fois la guérison de l'iritis, la disparition de la glycosurie et celle des troubles généraux* (asthénie, amaigrissement). Il semble que, dans un cas semblable, on puisse parler de *diabète syphilitique vrai* guéri par le traitement spécifique ; celui-ci a fait ses preuves.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des cas indiscutables de diabète syphilitique.

II. — La preuve de la nature syphilitique de ces diabètes peut être faite :

a) Anatomiquement : par la coexistence de lésions syphilitiques à localisation nerveuse hépatique et surtout pancréatique.

b) Etiologiquement : par l'association aux symptômes du diabète des manifestations de la syphilis.

c) Par l'heureux effet de la thérapeutique anti-syphilitique.

III. — Recherchons toujours la syphilis chez nos diabétiques.

VU : *le doyen,*

TIFFENEAU,

VU : *le président,*

LÆPER.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD. — Influence du diabète sur la syphilis (*Th. Paris*, 1886).
- AUGAGNEUR. — Syphilis et diabète (*Province médicale*, 1898).
- BABINSKI. — Pseudo-tabès diabétique in CHARCOT-BOUCHARD.
- BÉGUIER. — Syphilis du pancréas. (*Th. Paris*, 1891-1919).
- BONNAMOUR. — Syphilis du bulbe (*Lyon médical*, 1906).
- BOUCHARD. — Réflexes dans diabète (*Semaine médicale* 1884).
- CARNOT et CHARRIN. — Glycosurie, diabète et microbes (*Soc. biologie*, 1894).
- CARNOT. — Diabète par syphilis du pancréas (*Paris médical*, 1920).
- CHARNAUX. — Essai sur diabète et syphilis (*Th. Paris*, 1884).
- COMBY. — *Bulletin société médicale hôpitaux*, 1921.
- CORDIER. — Diabète syphilitique (*Annales Dermatologie*, 1920).
- DELALANDE. — Pathogénie du diabète (*Th. Bordeaux*, 1912).
- DIEULAFOY. — Paralysies oculo-motrices au cours du diabète.
- FOURNIER. — Diabète et syphilis (*Semaine médicale*, 1886).
- *Traité de la syphilis*.
- GAUDEFROY. — Diabète pancréatique (*Th. Paris*, 1920).
- HIRSCHFELD. — Pathogénie du diabète (*Pr. méd.*, 1903).
- LABBÉ (Marcel). — Le diabète sucré. Masson, Paris.
- Diabète et syphilis (*Concours médical*, 4 fév. 1923).
- LABBÉ et DEBRÉ. — Diabète transitoire et pancréatite ourlienne (*Bruxelles médical*).
- LAGUESSE. — *Prov. médicale*,
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Soc. de Neurologie*, mars 1914.
- LANCEREAUX. — Maladies du foie et du pancréas.
- LAURENT. — Glycosurie survenue trente ans après chancre syphilitique (*Annales Dermatologie*).
- LEMONNIER. — Diabète syphilitique (*Annales Dermatologie*, 1883)

- LEPINE. — Le diabète sucré.
- LEREBoullet. — Diabète sucré chez les enfants (*Journal médical français*, janv. 1921).
- LEUDET. — Diabète et gomme cérébrale du voisinage du 4^e ventricule.
- LÉPER et ACHARD. — *Précis d'Anatomie Pathologique*.
- LÉPER et ACHARD. — Glycosurie à la période secondaire (*Arch. méd. expérimentale*, janvier 1901).
- MERKLEN. — Diabète (*Monde médical*, janvier 1913).
- PINARD (Marcel). — Obs. de diabète syphilitique (*Soc. méd. Hôpitaux*, 1921).
- Origine syphilitique du diabète.
- RATHERY. — *Journal de médecine et de chirurgie*.
- Obs. de diabète syphilitique (*Soc. méd. hôpitaux Curie*, 1922).
- Le diabète syphilitique (*Monde médical*, déc. 1924).
- RATHERY et FERNET. — Diabète syphilitique (*Société médicale des hôpitaux*).
- SCHNEE. — Diabète sucré, Paris 1890.
- STEINHAUS. — Syphilis du pancréas (*Société Anatom. Path. Belge*).
- TOUFLET. — Rapports du diabète et syphilis (*Th. Paris*, 1922).
- TROLLER. — Diabète syphilitique (*Th. Paris*, 1905).
- VELLUOT. — Rapports du diabète et de la syphilis (*Th. Paris*, 1921).
- VILLARET. — Diabète chez syphilitique (*Soc. Médicale Hôpitaux*, 1922).

